Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

POLICY DIALOGUE NO.3

The Canada Health Act

University of Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan

JUNE 10, 2002

The Commission on the Future of Health Care in Canada, in partnership with select Canadian universities, hosted 12 televised policy dialogues on key health care issues. At each session, a moderator guided a panel of leading health care experts in a discussion focussing on a priority health issue for Canadians. These sessions were based on Issue/Survey Papers developed for the Commission by the Canadian Health Services Research Foundation. This report is a synopsis of one of these 12 policy dialogues.

Chair:

Pamela Wallin

Participants:

Monique Begin,
Former Federal Minister of Health, Prof. Emeritus at University of Ottawa

Janice McKinnon,
Former Minister of Finance in Saskatchewan.

Dr. Peter Barrett,
Physician, Past President, Canadian Medical Association,
Clinical professor at University of Saskatchewan

Liz Harrison,
Director of School of Physical Therapy, University of Saskatchewan

Marelene Smadu,
Associate Dean of Nursing, University of Saskatchewan

Dr. William Orovan,
Former Head of Ontario Medical Association

Introduction

Panelist Monique Begin (Federal Minister of Health in 1984 when the Canada Health Act was passed) provided a brief historical introduction of how and why the Canada Health Act (CHA) was entered into legislation in 1984. In the late 1970s, some provinces had allowed the introduction of extra billing by specialists and user fees by some institutions. It was the first time since medicare had been introduced that patients were being asked to pay extra charges, and the government came under pressure to do something about practices that were felt to be"eroding" medicare.

One of the reasons these practices began, according to Mme. Begin, was a change in the transfer mechanism from the federal government to the provinces for health care. For the first 20 years of medicare in Canada, the federal government reimbursed the provinces 50 cents on the dollar for hospital and physician care. In 1977, this mechanism was abandoned in favour of block funding through a transfer of taxation capacity, as well as direct cash transfers. However the new block funding provided no mechanism for enforcing the rules of medicare. Voluntary approaches were attempted but proved unsuccessful. The CHA was therefore passed in order to ensure compliance by the provinces: for every dollar of extra charges a province allowed, one dollar would be deducted from the federal transfer. If the province got its house in order within the first three years of the Act, they would get that money back. The only principle added to the Act at that time was *accessibility*, which was meant to complement *universality*.

A short video presentation then provided a brief description of the CHA and introduced some of the key concerns expressed about the Act today:

"The CHA, in its simplest terms, is a social contract wherein health care is defined as a basic right for all Canadians. The Act was passed by parliament in 1984 and is one of the few pieces of legislation ever to receive unanimous approval. Basically it provides access to quality health care, without financial or other barriers, to all Canadians. To help ensure that access, the Act sets the standards that provincial insurance plans must meet in order to receive federal funding: they must provide equal coverage to all residents, they must pay for the medical care of their residents, even if that care is received in another province or territory, and medical services must be run publicly on a nonprofit basis.

For many years the assumption was that these standards were a sufficient guarantee that Canadians would have equal access to health care. But many people are now questioning whether the CHA can continue to protect medicare in a changing world. The Act says that the provinces must fund medically necessary hospital services and medically required physician services, yet fails to define those terms. Provincial health care plans may cover other forms of care, such as prescription drugs, immunization, long-term care, home care or rehabilitation services, yet CHA standards do not apply. There is growing concern that patients treated with home care or prescription drug therapy are not protected by the CHA, despite the fact that this care is medically necessary."

In preparation for the Policy Dialogue, the Canadian Health Services Research Foundation wrote a background paper on the Canada Health Act which focused on three possible course of action for changing the CHA. Each of these possibilities was discussed by panelists after which the discussion was opened to audience members.

Course of Action #1
Canada should modernize the Canada Health Act

The Canada Health Act is almost 20 years old, and reflects the Canadian healthcare system and the values of Canadians at the time it was drafted. The federal government should open up the Canada Health Act for debate, and allow amendments that reflect the fact that healthcare and the values of Canadians have changed. (From background paper)

Presentation by Monique Begin:

I believe the CHA should be reopened because legislation based solely on hospitals and doctors is not appropriate today and may even be detrimental to good health policy. I have not changed my principles and I still think the five conditions of the Act are key. Nor have I seen much proof that they impede innovation in the health system. What I would hope to accomplish by opening the Act is to engage a public debate that will preserve medicare.

We should look specifically at modifying the principles of *comprehensiveness* and *public administration* and perhaps add the principle of *accountability*. We knew even in 1984 that the Act omitted many valuable provisions of care by dwelling on hospital and physician services, but we could not risk opening it up at that time. Today, it seems, we have no choice.

Coverage must become much more comprehensive and integrated to include primary care, rehabilitation services, and the things people need in real life. Modernizing the CHA is going to cost more money because we cannot stop at hospital and doctor services. There is some money in the federal system to begin accomplishing this.

I am not necessarily advocating for a full pharmacare or even fully covered home care program, because I do not have the expertise to say whether that is economically feasible or desirable. The private sector is already involved in these areas, and people may be willing to pay relatively small sums out of their pockets for these services. However, coverage should be expanded quickly to include home care and pharmacare that are direct substitutions for hospital care. If someone is taking a drug instead of having surgery, that should be paid for publicly.

Presentation by Janice McKinnon:

My greatest concern is with the affordability of the current system. Costs are going up at a rate of 5% a year excluding inflation, and government revenues are going up at 3% a year. There is a gap here and we have to look at what the gap really means to Canadians. We have to open our minds to revising the principle of comprehensiveness, in terms of the basket of services that are covered, because the cost of the current system and the tradeoffs it requires are, in the long term, too great. I would also be very liberal in my interpretation of public administration. The role for government has to be defined, but it can be a limited role. We have to be open to alternatives and give the provinces the flexibility they need to deal with the system.

When costs are growing faster than revenues and 60 cents [sic] of every provincial tax dollar goes to pay for health care, it is obvious that the system is overburdened and trying to do too much with too little. This creates access problems for patients and a stressed workplace for professionals in the system. The overburdened workplace is especially worrisome because of the current and anticipated shortages of doctors, nurses and technicians.

Some say the solution is to get the federal government's contribution back up to 50% of the health care system, from a current 15%. That would mean tripling present funding levels, directing the lion's share of the federal money now into health care. What would happen to critical new areas that the federal government has moved into in the last five years, like research, which are key to our standard of living and our economic success?

The last chapter in my book is called "Health Care, Health Care, Only Health Care." The Federal budget of 1995 withdrew significant funding from health care. What did it do with that money? It brought in the innovation agenda, funding for research, the child benefit -- things that are essential to the future of our country. The federal government should be doing even more for infrastructure such as water and roads, and they will not be able to do that if they are pouring money back into health care. The debate about health care has to look at what tradeoffs we are making.

The Conference Board of Canada recently reported that five years ago the amount of government money going into education and health in Canada was about equal. Today, we have an $8 billion gap and the gap is growing. The US now spends about 50% more per capita on public advanced education than does Canada. Is this a wise tradeoff for Canada to be making, especially when we will face an acute shortage of skilled educated people as baby boomers retire in the next decade? Are higher tuition levels and caps on programmes really the way to entice people to get better educated to fill those gaps? More money needs to be spent on the conditions that lead to good health, such as alleviating poverty, providing affordable housing and clean water, and education

Health care is not a right/left issue in Canada. All governments are struggling with the same issues. So we need an absolutely open-minded debate about what is covered by medicare, about how it is paid for, and about who delivers services. We need to change our health care system to ensure that the services that are covered are high quality and accessible, to maintain the principle that nobody will be denied services because of lack of money, but also to have enough tax dollars left over for other priority areas. Medicare is important to Canada, but so is the idea that every child deserves to have a decent education and make the most of their abilities.

Panel and audience discussion:

While many participants welcomed the prospect of changing the CHA and the health care system, they acknowledged that unless there were some external factor to force a dramatic shift, such as devolving budgets completely to the regions, change would likely be incremental. "Many senior health administrators hoped that the 1995 cuts would at least force the system to tear down the silos that prevented real integration," said Mme. Begin, "but that did not happen." Dr. Barrett agreed that something had to happen to make change possible. "Canadians have stated they are ready for change and made health the number one issue in the last federal election, but still nothing happened. Canadians are looking for leadership on this issue."

Several panelists agreed that the two major reasons to change the CHA at this juncture were the need to have it reflect current treatment practices and the need to alleviate Canadian's uncertainty that the health care system will be there when needed. Some felt that accountability should be added to the Act, though others wondered at how accountability for quality or timeliness could be translated into concrete enforceable measures.

Most participants felt that change of any kind was unlikely unless the federal government increased spending significantly. Monique Begin felt that they should increase their contribution immediately to 25% of health care spending, and ideally move it eventually back up towards 50%. Dr. Barrett suggested earmarking the 3% deduction we have had on our federal income tax for healthcare, or look at tobacco taxes or the GST. "We should be prepared to look at other options as well, including user fees," he said, "if they are really for services at the margin of what is necessary, like private hospital rooms."

Course of Action #2:
Federal/provincial disputes over the interpretation of the Canada Health Act should be resolved through an arm's length mechanism that is both objective and binding

Presentation by Dr. Peter Barrett:

The Canadian Medical Association (CMA) has put forth a proposal entitled "A Prescription for Sustainability". The first component is a Canada Health Charter, which would articulate a shared vision of what Medicare should be. It would outline rights and responsibilities, and include some mechanism for accountability. The Charter could help put some certainty back in the system, as neither the CHA nor the Charter of Rights and Freedoms speaks specifically about standards for things like timely access to care.

Canadians consider waiting times the major problem in the health care system today and it is time that we agree on evidence-based benchmarks for waiting times and find ways of enforcing them. If someone cannot get access to care within these benchmark times, they should be able to go to another province, or even another country, and be covered at the rates paid for care in Canada.

The Charter would likely not have the force of law, but would act like an Auditor General of health to report on the system. We know that when the auditor general reports negatively on what government is doing, government tends to perk up and behave.

The second component of the CMA's proposal is the creation of a permanent Canadian Health Commission, made up by experts from the professions, from business, government and the patient community who would park their constituencies at the door, come together and make decisions. Different groups would nominate people who would be credible to Canadians and other players in the system, and the Commission would pick from among them. We need to somehow depoliticize the whole process of health system decision-making. The Commission would operate at the national level to advise Canadians, monitor compliance, perhaps accomplish the standards benchmarking, and work very closely with groups like the Canadian Institute for Health Information, and the Canadian Institutes for Health Research. The Health Commissioner would report annually to Canadians, much as the Auditor General does now, on the performance of the health care system.

The third component of the proposal involves legislative reform to amend the CHA to account for both the Charter and the Commission and provide for a regular review of the basket of core services covered by the CHA. Core services should extend beyond physician and hospital services. We used to treat ulcers surgically and that was covered. Now we treat ulcers with pills, which are not covered. We need to regularly update and review the basket of core covered services to keep up with advances in treatment. And if we find we cannot afford to cover everything, then we have a proper forum in which to discuss where to maintain first dollar coverage, and where shared coverage might be appropriate. We need to expand the CHA to areas that are not currently covered, such as pediatric dental care or insulin for diabetics, and if we agree that we cannot fund them fully, then let us at least agree that they would be provided under uniform terms and conditions right across Canada.

Deciding what to cover is certainly not an easy process, and must be done in a fair and transparent manner. Decisions cannot be made behind closed doors, and that is what we have seen for the past 10 years with the Federal, Provincial and Territorial Ministers conferences. No one hears or influences what goes on in that room and the result is questionable policies that providers have to implement and patients have to live with. The executive black box of federalism will not help in health care.

Presentation by Liz Harrison:

The Health Services Utilization Research Commission in Saskatchewan is now evolving into two organizations, one of which will be a quality council. Whether that kind of initiative ends up being housed at the federal level or integrated between provinces and the federal government still needs to be worked out, but the fact is we already know how to do the work of monitoring performance, ensuring accountability, and informing the public, and we know that it works to improve care.

Terminology like informed decision making, evidence-based practice, but also mechanisms such as quality councils and performance measures, need to be incorporated into the CHA. Health professionals and patients are already acting on evidence-based practice through clinical practice guidelines and the like. We also need to incorporate the elements of accountability and evaluation into administration and policy. The provinces are starting to show some leadership in coming up with innovative ways of designing mechanisms, and the CIHR is now encouraging multidisciplinary research that goes from the bench to the bedside in actually changing policy. What we need to do now is bring this work to the national level and apply it more broadly through the CHA.

Panel and audience discussion:

While some participants welcomed the idea of a non-political agency such as the CMA's proposed permanent Health Care Commission to monitor system performance, others questioned the need for yet another player. "Creating a Commission may just add another layer of bureaucracy to the system and make it more laborious and harder to deal with," said Marlene Smadu.

Those who favoured the idea welcomed the prospect of greater participation from non-political players who were intimately involved with the system, especially provider and patient groups who have been conspicuously absent from decision-making in health care over the past 10 years.

> ***The patient/taxpayer/citizen is the only group nowhere to be seen at any level of the health care system and that deprives the system of key input. — Monique Begin***

Some also felt it appropriate to have a mechanism other than elections for the Canadian public to express their views about the way health care was being managed. "Elections every four or five years are the wrong tool, because all they can do is get rid of an entire government," said Monique Begin.

Others, however, felt that the public expects its elected officials to deal with issues such as health care, and not pass them off onto other bodies. The other major objection to a national Commission was that it stepped into what is essentially a provincial jurisdiction. "There are provinces that have very strongly held views about health care that no federal government is going to change," said Janice McKinnon. Rather than playing at big brother gatekeeper, Ottawa and the provinces need to work out a real partnership.

Evident in all comments was tremendous dissatisfaction with the current federal-provincial relationship and especially with the Federal-Provincial-Territorial Conferences which, as Monique Begin stated, "are totally dysfunctional. They cost $23 billion, produce agreements that last for a week and then disintegrate." Panelists and audience members agreed on the need for better working relationships between levels of government, and a better combined federal and provincial system of providing health care.

Course of action #3

The Canada Health Act should be broadened so that it includes other important "medically necessary" services, not simply those provided by doctors and in hospitals.

Presentation by Marlene Smadu:

Despite the alarms that go off at the mention of more dollars, I support broadening the Canada Health Act. Health relates to quality of life as well as quality of care, so while physicians and hospitals are necessary to health, they are not sufficient. We know that interventions like smoking cessation, weight loss and physical activity programmes are key to preventing heart disease, but these programmes and those who provide them are not covered under the CHA, so they remain episodic and unevenly available.

When your condition deteriorates to the point that you require cardiac bypass surgery, you are assured hospital care and physician care, but does this provide you the best possible quality of life? No, because you now have heart disease that you will have to live with for the rest of your life. What government articulates is what people come to see as valuable, so we need to articulate that non-physician, non-hospital services are important

Broadening the CHA would send a valuable message from government to the people of Canada that health depends on more than just physicians and hospitals. We have told the public over the past 20 years that when you are not well we will have health services for you. We have not said you have a responsibility for being well, and making the appropriate support services available. Broadening the CHA would also promote the kind of seamless coverage we need to make sure everyone gets the right care at the right time. And we can expect significant savings down the road. There is ample literature telling us that when we invest our dollars correctly upstream in very early intervention, we will save dollars, for at least that group of clients, downstream.

Presentation by Bill Orovan:

In 1998, I said we suffered from a crisis of confidence in a system governed by an outmoded Canada Health Act. At that time, advocating for change and modernization of the CHA was not a particularly popular position to take. There is considerably more support for that idea today.

As just one example, there is an urgent challenge to improve coverage of pharmaceuticals. We are seeing an increase in drug expenditures of more than 10% a year going back now more than a decade. Drugs now consume more dollars per year than doctors services. And this is before we look at the new pharmaceuticals coming out of genomic and proteomic research, such as the genomic breast cancer screening test which costs $3000 a patient. We need to find a way to fund this and I do not think we will be able to do that simply by managing better and setting up more transparent rules and better processes.

Evidence-based practice does not provide us with a threshold below which we can confidently say we should not provide a service. It lays out a continuum and you make decisions along that, and at some point particular patients who might benefit from that treatment do not get it. Saying that something which is not publicly funded should not be available at all is offensive to the spirit of choice and options. We have to set up something that allows opportunities for those patients to have treatment too.

In addressing change to the CHA, we first need to put to rest this mythical idea that it is a symbol of what it means to be Canadian, that it defines the country. We cannot put that kind of mythical status onto a social program and then step back and have a nice debate about how we might change it.

Second, we need to address the issues around service delivery, through quality councils, better rules, evidence-based practice, some kind of public and private partnerships, although those have been difficult. We have seen in Alberta with Bill 11 how much anxiety was generated around including private delivery even though we had security of public funding.

Third, we need to look at funding. Mr. Mazankowski's report, Mr. Kirby's report, and even the preliminary report from Mr. Romanow said we need to broaden the funding base. We need more money. We have to ask very seriously whether we can get it exclusively from within the public domain or need to look beyond that. I do not believe that we can made the publicly funded health care system work by better management and better transparent processes.

Panel and audience discussion:

There was broad agreement among panelists that the major impediment to broadening the CHA to include services other than physician and hospital services was the idea that anything covered by the CHA had to be 100% publicly funded. There was significant support for user fees on at least some services, so long as they were imposed according to a person's ability to pay. "Surely, if we use the principle of ability to pay so poorer people are supported, we can identify some services that will be partially paid out-of-pocket or through private insurance," said Janice McKinnon.

> ***"If we want to start talking about introducing other aspects and broadening the act to include home care and pharmacare, and try to provide first dollar coverage, single source funding for all those services is not possible." — Bill Orovan***

While some participants felt that non-medical determinants of health should also be addressed under the CHA, there was no consensus on the evidence that upstream investments would bring downstream savings. "Once you get past childhood immunization, prevention of underweight babies by good maternal nutrition and counseling, and stopping smoking," said Bill Orovan, "the data on how much money would be saved through health promotion starts to get pretty iffy." Others felt the research supporting a multi-sectoral approach to problems such as physical inactivity was fairly strong.

Part of the dilemma in broadening the act to acknowledge the non-medical determinants of health was that this would require inter-departmental cooperation that could not exist in the current government set-up. "The policies to govern the determinants of our health need to come from a multi-sectoral approach," said Rick Bell from the Coalition for Active Living. However, as Monique Begin stated, the way government is now set up encourages competition among ministries for a limited pie, not cooperation. And, as Ron Labonte, Director of the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, pointed out, health care is not the only sector in crisis at the moment; education, the environment and justice, among others, are also feeling the pinch. "One of the reasons behind these crises is the increased tax competition we see, between provinces and between countries, which erodes our ability to enrich the tax base," said Labonte.

Some participants questioned how other countries were able to offer public coverage of a broader range of services, combine public and private services, and use mechanisms such as co-payments much more easily than Canada. Monique Begin pointed to historical differences in the evolution of health systems as a major factor. "Canada is one of the few countries in the entire industrial world, if not the only one, that never had a private health care system," she said. "European countries all had private health care systems on top of which public health care systems were developed, some since Bismarck and more since the 2nd World War. Canada, with very few exceptions, had not-for-profit civic and religious order hospitals. So we do not come from the same tradition. When the system was developed here, it was a public system, and there was no private system behind it or parallel to it. The room we have for private contributions is in home care and pharmacare because these are already important roles played by the private sector."

There was considerable support for using the CHA to harmonize existing provincial efforts in areas such as pharmacare and home care as a way to even out access across the country without necessarily creating new national programs.

> ***"Many of my patients would prefer to have their pharmaceuticals paid for rather than coming to see me and I think the CHA should be opened up to cover not necessarily all physician services, but also some pharmaceutical coverage." — Stan Oleksum, Family Physician***

Conclusion:

Discussion of modernizing the CHA revolved primary around the prospect of broadening it beyond services provided by doctors or in hospitals. One hundred percent public administration and financing were regarded as impediments to extending the reach of the CHA to other services and service providers. Other reasons for changing the Act were the desire to force change on the system and regain Canadians' confidence.

Monique Begin advocated modifying the principles of public administration and comprehensiveness in order to expand the scope of public coverage to domains which, she acknowledged, would not necessarily be insured nor delivered 100% publicly. Janice McKinnon proposed reexamining the same two principles for quite different reasons. She felt that the very size of the health care portfolio and budget was making the CHA unworkable and threatening other important societal goals.

The Canadian Medical Association's proposed Health Care Commission provided a focus for discussing a mechanism for settling federal-provincial disputes. Concerns about black box decision-making, which many feel has defined health care for the past 10 years, were translated into call for mechanisms for public and expert input into more transparent decision-making at all levels. Many welcomed the prospect of de-politicizing health system management, but it was recognized that health remained a provincial jurisdiction and that cooperation between federal and provincial governments would always be required.

All participants supported broadening the CHA to include the non-hospital and non-physician services that have become essential components of health care. Most considered the 100% public coverage necessary under the Act as it now stands to be an impediment to this expansion. Premiums, public private partnerships and user fees were all suggested as ways to increase the funding base to allow a greater range of services. However, there was no clear direction as to how the CHA could be modified so that some services would be 100% publicly financed and others partially funded. There was also some support for bringing non-medical determinants of health into the CHA, but such a move would require inter-departmental cooperation that was difficult to imagine under the governmental structure.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DIALOGUE SUR LES POLITIQUES N° 3

La Loi canadienne sur la santé

Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

LE 10 JUIN 2002

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en partenariat avec de grandes universités canadiennes, a organisé 12 dialogues télévisés portant sur les politiques en matière de santé et adressant des enjeux clefs liés aux soins de santé. Au cours de chaque session, un modérateur a guidé des experts du domaine de la santé dans une discussion autour d'un enjeu de la santé prioritaire pour les Canadiens. Ces dialogues se basaient sur des documents d'information / de sondage, rédigés pour la Commission par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le présent rapport résume l'un de ces 12 dialogues portant sur les politiques en matière de soins de santé.

Présidente :

Pamela Wallin

Participants :

Monique Bégin,
ex-ministre fédérale de la santé et professeure émérite
à l'Université d'Ottawa

Janice McKinnon,
ex-ministre des Finances de la Saskatchewan

D[r] Peter Barrett,
médecin, président sortant de l'Association médicale canadienne et
professeur clinique à l'Université de la Saskatchewan

Liz Harrison,
directrice de l'école de physiothérapie de l'Université de la Saskatchewan

Marlene Smadu,
vice-doyenne des sciences infirmières à l'Université de la Saskatchewan

D[r] William Orovan,
président sortant de l'Association médicale de l'Ontario

Introduction

L'une des expertes participant au dialogue, Monique Bégin (ministre fédérale de la Santé lorsque la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée, en 1984), a présenté en guise d'introduction un bref historique des motifs et des circonstances de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) en 1984. À la fin des années 1970, certaines provinces avaient autorisé l'introduction de la surfacturation par certains spécialistes et des frais d'utilisation dans certains établissements. C'était la première fois depuis la mise sur pied de l'assurance-maladie que les patients devaient payer des frais supplémentaires, et le gouvernement a été forcé de faire quelque chose relativement à ces pratiques qui, estimait-on, minaient l'assurance-maladie.

L'une des raisons à l'origine de ces pratiques, selon M^me^ Begin, était le changement du mécanisme de transfert entre les gouvernements fédéral et provinciaux pour les soins de santé. Au cours des 20 premières années de l'assurance-maladie au Canada, le gouvernement fédéral remboursait 0,50 $ de chaque dollar en services hospitaliers et médicaux. En 1977, ce mécanisme a été abandonné et remplacé par le financement global par l'intermédiaire du transfert de la capacité d'imposition et de transferts de fonds directs. Cependant, le nouveau financement global ne fournissait aucun mécanisme d'application des règles en matière d'assurance-maladie. Il y a eu quelques tentatives d'approches volontaires, qui se sont révélées infructueuses. La LCS a alors été adoptée afin d'assurer le respect de certaines conditions par les provinces : pour chaque dollar de surfacturation admise par une province, un dollar serait déduit du transfert de fonds fédéraux. Si la province mettait de l'ordre dans ses affaires au cours des trois années suivant l'adoption de la LCS, cet argent lui serait remis. L'*accessibilité* est le seul principe ayant été ajouté à la LCS à ce moment, lequel venait compléter celui d'*universalité*.

Une courte présentation vidéo a ensuite fourni une brève description de la LSC ainsi que de certains des enjeux clefs actuels s'y rapportant :

« En termes simples, la LCS est un contrat social définissant les soins de santé comme un droit fondamental de tous les Canadiens. La LCS a été adoptée par le Parlement en 1984 et est l'une des rares mesures législatives ayant été approuvées à l'unanimité. Essentiellement, elle assure à tous les Canadiens l'accès à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre. Afin de garantir cet accès, elle établit des normes auxquelles doivent se conformer les gouvernements provinciaux, de même que territoriaux, pour recevoir des fonds fédéraux pour la santé : ils doivent payer pour les soins médicaux de leurs résidants, même si ces soins sont dispensés dans un autre territoire ou province, et les services médicaux doivent être gérés par une autorité publique et être sans but lucratif.

Pendant de nombreuses années, on a cru que ces normes étaient une garantie suffisante pour que la population canadienne profite d'*un accès équitable aux soins de santé*. Cependant, de nombreuses personnes remettent maintenant en question la capacité de la LCS à protéger l'assurance-maladie dans un monde en évolution. La LCS stipule que les provinces doivent financer les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins, mais ne précise pas les services visés. Les régimes provinciaux peuvent couvrir d'autres types de soins, tels les médicaments sur ordonnance, l'immunisation, les soins de longue durée, les soins à domicile et les services de réadaptation, sans que les normes de la LCS ne s'appliquent. On s'inquiète de plus en plus du fait que les patients recevant des soins à domicile ou une pharmacothérapie sur ordonnance ne peuvent pas se prévaloir de la LCS, même si ces soins sont médicalement nécessaires. » [Traduction libre]

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a produit, dans le cadre de ce dialogue, un document d'information sur la LCS pour la Commission. Il porte sur trois pistes d'action possibles quant à la modification de la LCS. Les experts ont discuté de chacune de ces possibilités, après quoi la discussion a été ouverte au public.

Première piste d'action
Le Canada devrait moderniser la *Loi canadienne sur la santé*

La Loi canadienne sur la santé *date de presque 20 ans et elle est le reflet du système de santé et des valeurs de la population canadienne de l'époque où elle a été rédigée. Le gouvernement fédéral devrait lancer un débat sur cette loi et permettre des modifications traduisant l'évolution des soins de santé et des valeurs de la population. (tiré du document d'information)*

Exposé de Monique Bégin

Je crois que l'on devrait étudier la LCS, car les mesures législatives centrées seulement sur les hôpitaux et les médecins ne répondent plus aux besoins actuels et peuvent même porter préjudice à une bonne politique en matière de santé. Mes principes sont toujours les mêmes et je continue de croire que la clef réside dans les cinq critères de la LCS. Je n'ai pas vu de véritables preuves montrant leur effet inhibiteur sur l'innovation dans le système de santé. Ce que j'aimerais, en procédant ainsi, c'est donner lieu à un débat public permettant de préserver l'assurance-maladie.

Nous devrions nous attarder particulièrement à la modification des critères d'*intégralité* et de *gestion publique*, et peut-être ajouter le critère de *responsabilité*. Déjà, en 1984, nous savions que la LCS négligeait beaucoup d'aspects importants en insistant sur les services offerts dans les hôpitaux et par les médecins, mais, à ce moment, nous ne pouvions risquer de la réexaminer. Aujourd'hui, il semble que ce soit devenu une nécessité.

Les soins couverts devraient être bien plus vastes et intégrés afin d'inclure les soins primaires, les services de réadaptation et les soins dont les gens ont réellement besoin. La modernisation de la LCS entraînera de nouvelles dépenses puisque nous ne pouvons pas nous limiter aux services offerts dans les hôpitaux et par les médecins. Le régime fédéral dispose de fonds pour ce faire.

Je ne recommande pas nécessairement une assurance-médicaments complète ni même une couverture totale des soins à domicile, parce que je n'ai pas les connaissances nécessaires pour dire ce qui est souhaitable ou réalisable sur le plan économique. Le secteur privé est déjà présent dans ces domaines, et les gens peuvent être prêts à débourser des sommes relativement modestes pour profiter de ces services. Toutefois, l'éventail de services couverts devrait être élargi rapidement pour inclure les soins à domicile et l'assurance-médicaments qui viennent directement remplacer des soins hospitaliers. Si un patient prend des médicaments au lieu de subir une intervention chirurgicale, le coût de ces médicaments devrait être acquitté par l'État.

Exposé de Janice McKinnon

Ma principale préoccupation se rapporte à la capacité de payer du système actuel. Les coûts augmentent de 5 % par année, excluant l'inflation, tandis que les revenus du gouvernement augmentent de 3 % par année. Il y a un écart, et nous devons nous pencher sur ce qu'il signifie vraiment pour la population canadienne. Nous devons faire preuve d'ouverture d'esprit pour réviser le critère d'intégralité en ce qui a trait à la gamme de services assurés, parce que le coût du système actuel et les compromis exigés sont, à long terme, trop élevés. Je serais également très libérale dans l'interprétation du critère de gestion publique. On doit définir le rôle du gouvernement, même s'il devait être limité. Nous devons être ouverts aux solutions qui s'offrent à nous et donner aux provinces la souplesse dont elles ont besoin pour composer avec le système.

Quand les coûts augmentent plus rapidement que les revenus et que 0,60 $ [*sic*] de chaque dollar d'impôt provincial sert à financer les soins de santé, il est évident que le système est surchargé et qu'on tente de faire trop avec trop peu. Il en découle des problèmes d'accès pour les patients et un milieu de travail tendu pour les professionnels de la santé, ce qui est particulièrement inquiétant en raison de la pénurie actuelle et anticipée de médecins, d'infirmières et de techniciens.

Certains prétendent que la solution consiste à ramener à 50 % la contribution du gouvernement fédéral, qui est actuellement de 15 %. Il faudrait alors tripler les niveaux de financement actuels, destinant ainsi aux soins de la santé la part du lion des fonds fédéraux. Qu'adviendrait-il des nouveaux secteurs critiques, comme la recherche, que le gouvernement fédéral a commencé à financer au cours des cinq dernières années et qui sont des éléments fondamentaux pour la qualité de vie que nous préconisons et pour notre réussite économique?

Le dernier chapitre de mon livre s'intitule « Health Care, Health Care, Only Health Care » (Les soins de santé, il n'y en a que pour les soins de santé). Dans le budget fédéral de 1995, on a diminué considérablement le financement des soins de santé. Qu'a-t-on fait de cet argent? On a mis sur pied le plan d'action pour l'innovation, on a financé la recherche et les prestations pour les enfants... toutes des choses essentielles pour l'avenir de notre pays. Le gouvernement fédéral devrait investir encore plus d'argent dans les infrastructures hydrauliques et les routes, entre autres, et il ne sera pas en mesure de le faire s'il augmente sa contribution aux soins de santé. Le débat sur les soins de santé doit se pencher sur les compromis que nous devons faire.

Le Conference Board of Canada a récemment rapporté que, il y a cinq ans, les montants investis par le gouvernement dans les systèmes de santé et d'éducation au Canada étaient à peu près égaux. Aujourd'hui, il y a un écart de huit milliards de dollars, toujours grandissant. Les États-Unis investissent maintenant environ 50 % de plus que le Canada, par habitant, dans l'éducation postsecondaire publique. Est-ce sage pour le Canada de faire un tel compromis, en

particulier lorsque nous savons que nous serons bientôt aux prises avec une grave pénurie de main-d'œuvre formée et qualifiée, la génération du baby-boom se dirigeant vers la retraite au cours de la prochaine décennie. La hausse des frais de scolarité et le contingentement des programmes incitent-ils réellement les gens à acquérir une meilleure formation afin de combler les pénuries? On doit investir plus d'argent dans les mesures qui mènent à la santé générale, comme réduire la pauvreté, fournir des logements à prix abordable et de l'eau potable et offrir une bonne éducation.

Les soins de santé ne constituent pas un enjeu de droite ou de gauche au Canada. Tous les gouvernements luttent contre les mêmes problèmes. Le débat sur l'assurance-maladie, ce qu'elle couvre, son financement et les prestateurs de services doit absolument être ouvert. Nous devons modifier notre système de santé de manière à nous assurer que les services couverts sont accessibles et de grande qualité, que le principe selon lequel aucun obstacle financier ne doit empêcher l'accès aux services est respecté et qu'une partie suffisante de l'argent des contribuables demeure disponible pour d'autres secteurs prioritaires. L'assurance-maladie est importante au Canada, mais l'idée que chaque enfant est en droit de recevoir une éducation convenable et de mettre ses capacités à profit l'est tout autant.

Discussion entre les experts et le public

Alors que de nombreux participants ont accueilli avec intérêt la perspective de modifier la LCS et le système de soins de santé, on a reconnu que, à moins d'un facteur externe entraînant un changement spectaculaire, tel le transfert complet des budgets aux régions, le changement serait sûrement marginal. « Bon nombre d'administrateurs supérieurs en santé espéraient que les coupures de 1995 forceraient au moins le système à éliminer le cloisonnement qui empêche une vraie intégration, mais ce ne fut pas le cas », a déclaré M^{me} Bégin. Le D^{r} Barrett a reconnu que quelque chose devait se produire pour permettre le changement. « Les Canadiens ont indiqué qu'ils sont prêts pour le changement et fait de la santé le principal enjeu lors des dernières élections fédérales, mais aucune mesure n'a été prise. Ils sont en quête de leadership à cet égard. »

Plusieurs experts se sont entendus sur le fait que les deux principales raisons justifiant la modification de la LCS en ce moment étaient la nécessité de la voir inclure les traitements actuels et de redonner à la population canadienne la certitude que le système de santé est là pour eux. Certains ont précisé que la responsabilité devrait être intégrée à la LCS, tandis que d'autres se sont interrogés sur la manière dont la responsabilité en matière de qualité ou de rapidité pourrait être traduite en mesures concrètes et exécutoires.

La majorité des participants ont estimé qu'un changement, quel qu'il soit, était improbable, à moins que le gouvernement fédéral n'augmente considérablement les dépenses.

M^me^ Bégin a indiqué que ce dernier devrait immédiatement augmenter sa contribution à 25 % des dépenses dans le secteur des soins de santé, et, idéalement, la ramener à 50 % par la suite. Le D^r^ Barrett a suggéré d'affecter aux soins de santé la récente baisse de 3 % de l'impôt fédéral ou d'envisager le financement par les taxes sur le tabac ou encore par la TPS. « Nous devrions nous préparer à examiner de nouvelles possibilités, y compris les tickets modérateurs, lorsque nous parlons de services allant au-delà de l'indispensable, comme les chambres privées dans les hôpitaux », a-t-il mentionné.

Deuxième piste d'action
Les conflits fédéraux-provinciaux entourant l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* devraient être réglés par un mécanisme indépendant, à la fois objectif et contraignant.

Exposé du D[r] Peter Barrett

L'Association médicale canadienne a soumis une proposition intitulée *Ordonnance pour la viabilité*, dont le premier élément consiste en la création d'une charte canadienne de la santé, qui présenterait clairement une vision commune de ce que l'assurance-maladie devrait être. Cette charte exposerait les droits et responsabilités et inclurait un mécanisme de responsabilisation. Elle pourrait contribuer à ramener une certaine confiance dans le système, puisque ni la LCS ni la *Charte des droits et libertés* n'abordent de normes précises se rapportant à des éléments tel l'accès aux soins en temps opportun.

Les Canadiens considèrent que les longues périodes d'attente représentent le principal problème du système de santé actuel et que le temps est venu de convenir de périodes de référence fondées sur des données probantes et de trouver des moyens de les faire respecter. Si quelqu'un ne peut obtenir de soins à l'intérieur d'une période établie, il devrait pouvoir en bénéficier dans une autre province, voire un autre pays, et être assuré conformément aux taux en vigueur au Canada.

La charte n'aurait sûrement pas le pouvoir d'une loi, mais elle jouerait le rôle d'un vérificateur général de la santé, faisant état du système. Nous savons que lorsque le vérificateur général rapporte des points négatifs par rapport aux actions du gouvernement, ce dernier a tendance à se redresser et à mieux se tenir.

Le deuxième élément de la proposition porte sur la création de la Commission canadienne de la santé, permanente et formée d'experts tels que des professionnels, des gens d'affaires, des représentants des gouvernements et des patients, qui mettraient leurs intérêts de côté et se rassembleraient afin de prendre des décisions. Différents groupes désigneraient des gens crédibles aux yeux des Canadiens et d'autres acteurs du système, et la Commission sélectionnerait ses membres parmi eux. Nous devons trouver une façon de dépolitiser le processus décisionnel du système de la santé. La Commission agirait à l'échelle nationale pour informer les Canadiens, vérifier le respect de la LCS et peut-être même mettre en œuvre des normes de référence et travailler en étroite collaboration avec des organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé et les Instituts de recherche en santé du Canada. Un peu comme le fait le vérificateur général à l'heure actuelle, le commissaire à la santé présenterait annuellement un rapport à la population canadienne quant à l'efficacité du système de santé.

Le troisième élément propose une réforme législative de la LCS de façon à ce qu'elle prenne en compte la charte et la Commission et assure la révision régulière de la gamme de services primaires assurés. En effet, les services primaires ne devraient plus se limiter aux services offerts dans les hôpitaux et par les médecins. Par le passé, nous avions recours à la chirurgie pour traiter les ulcères et le traitement était couvert; maintenant que ce problème peut être traité avec des médicaments, il n'est plus couvert. Nous devons revoir et mettre à jour régulièrement la gamme de services primaires couverts de façon à refléter les progrès réalisés en termes de traitements. Et, si nous croyons ne pas avoir les moyens de couvrir un traitement en particulier, nous organisons un forum en bonne et due forme afin d'établir les soins qui devraient être entièrement couverts par l'État ainsi que ceux pouvant faire l'objet d'une couverture partagée. La LCS doit inclure des services qui ne sont pas couverts actuellement, comme les soins dentaires pédiatriques et l'insulinothérapie pour les diabétiques. Si nous nous entendons pour dire qu'il n'est pas possible de les payer en entier, alors il faudrait qu'ils soient offerts selon les mêmes conditions à l'échelle du pays.

Décider de ce qui doit être couvert ne représente certainement pas un processus simple, et ce processus doit être équitable et transparent. Les décisions ne peuvent pas être prises à huis clos, comme c'est le cas depuis dix ans lors des conférences des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. Personne n'influence ni même n'entend ce qui se passe lors de cette rencontre, et il en résulte des règles discutables que les prestateurs doivent respecter et avec lesquelles les patients doivent composer. Le processus décisionnel opaque du fédéralisme n'est pas d'une grande assistance en matière de soins de santé.

Exposé de Liz Harrison

La Health Services Utilization Research Commission de la Saskatchewan sera scindée en deux entités, dont un conseil de qualité. Il n'a pas encore été déterminé si ce dernier s'établira au niveau fédéral ou sera intégré aux activités provinciales et fédérales, mais le fait est que nous savons déjà comment assurer le suivi de l'efficacité, la responsabilisation et l'information du public, et que cela permet une amélioration.

Des termes comme « prise de décisions éclairées » et « pratiques fondées sur les résultats », et des mécanismes comme « conseils de qualité » et « mesures de rendement », doivent être intégrés à la LCS. Les professionnels de la santé et les patients agissent déjà en vertu de pratiques fondées sur les résultats en respectant les lignes directrices pour la pratique clinique et les autres directives du genre. Il nous faut également incorporer à la gestion et aux règles les aspects de responsabilisation et d'évaluation. Les provinces commencent à faire preuve d'un certain leadership en proposant de nouvelles façons de concevoir les mécanismes, et l'IRSC encourage maintenant le changement grâce à la recherche multidisciplinaire, allant des

laboratoires au chevet des patients. Ce qu'il nous faut faire maintenant, c'est amener tout cela au niveau national et l'appliquer de façon générale par l'intermédiaire de la LCS.

Discussion entre les experts et le public

Tandis que certains participants étaient en faveur de l'idée d'une organisation non politique, telle la Commission canadienne de la santé proposée par l'Association médicale canadienne, pour contrôler l'efficacité du système, d'autres ont remis en question le besoin d'introduire un autre acteur. « La création d'une commission ne peut qu'ajouter un autre niveau de bureaucratie au système et le rendre encore plus lourd et complexe », a mentionné M^me^ Marlene Smadu.

Ceux qui étaient en faveur de l'idée ont bien accueilli la proposition d'une plus grande participation d'acteurs non politiques étroitement liés au système, particulièrement des groupes de prestateurs de soins et de patients, des gens qui sont manifestement éloignés de la prise de décisions en matière de soins de santé depuis dix ans.

> ***« Les patients-contribuables-citoyens représentent le seul groupe à ne participer aucunement au système de soins de santé. Le système est ainsi privé d'une contribution clef. » (traduction libre) — Monique Bégin***

Certains ont aussi estimé approprié de mettre sur pied un mécanisme autre que les élections qui permettrait à la population canadienne de s'exprimer quant à la façon dont les soins de santé sont gérés. « Les élections tous les quatre à cinq ans ne sont pas la solution, car tout ce qu'elles peuvent entraîner, c'est de se défaire d'un gouvernement au complet », a déclaré M^me^ Monique Bégin.

D'autres, par contre, ont indiqué qu'ils croient que le public s'attend à ce que les représentants élus règlent les enjeux tels que celui des soins de santé, et non à ce qu'ils les refilent à d'autres organismes. L'autre objection principale à une commission nationale réside dans le fait qu'une telle commission s'immiscerait dans ce qui est essentiellement de compétence provinciale. « Certaines provinces ont des idées très arrêtées en matière de soins de santé, des idées qu'aucun gouvernement fédéral ne pourra changer », a mentionné M^me^ Janice McKinnon. Plutôt que de se surveiller, Ottawa et les provinces doivent établir un vrai partenariat.

Une grande insatisfaction est ressortie de tous les commentaires à l'égard des relations fédérales-provinciales actuelles, plus particulièrement en ce qui a trait aux conférences des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui, selon M^me^ Monique Bégin, « sont tout à fait dysfonctionnelles. Elles coûtent 23 milliards de dollars et entraînent des ententes qui durent une semaine, puis se désintègrent », a-t-elle ajouté. Les experts et le public se sont entendus pour

dire qu'il est nécessaire d'établir des relations plus productives entre les différents ordres de gouvernement et de mettre en place un système de prestation conjointe des soins de santé plus efficace.

Troisième piste d'action

Le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* devrait être élargi pour comprendre d'autres services « médicalement nécessaires », et non seulement ceux qui sont offerts par les médecins et dans les hôpitaux.

Exposé de Marlene Smadu

En dépit des sons de cloche associés à la mention d'un financement accru, je suis en faveur de l'élargissement du champ d'application de la LCS. La santé se rapporte autant à la qualité de vie qu'à la qualité des soins, et bien que les médecins et les hôpitaux soient essentiels en matière de santé, ils ne suffisent pas. Nous savons que la mise en œuvre de programmes, comme ceux de renoncement au tabac, de perte de poids et d'activité physique, est essentielle à la prévention des maladies du cœur, mais la LCS ne couvre pas ces programmes et leurs prestateurs, donc ils ne sont offerts que de manière irrégulière.

Lorsque sa santé se détériore à un point tel qu'un pontage est requis, une personne bénéficie de soins hospitaliers et médicaux gratuits. Mais est-ce ce qui lui apporte la meilleure qualité de vie? Non, parce qu'elle souffre d'une maladie du cœur et qu'elle devra vivre avec cette maladie le reste de sa vie. Comme les gens accordent de la valeur à ce que le gouvernement prescrit, nous devons montrer que les services offerts ailleurs que dans les hôpitaux et par des professionnels autres que des médecins sont importants.

En élargissant le champ d'application de la LCS, le gouvernement enverrait à la population canadienne le message que la santé ne repose pas seulement sur les hôpitaux et les médecins. Depuis 20 ans, nous disons aux Canadiens que lorsqu'ils ne se sentent pas bien, nous pouvons leur offrir des services médicaux. Toutefois, nous ne leur précisons pas qu'ils sont avant tout responsables de leur bien-être, et nous ne leur donnons pas accès aux services de soutien appropriés. L'élargissement du champ d'application de la LCS contribuerait également à l'obtention de la couverture uniforme nécessaire pour s'assurer que chacun obtient des soins adéquats en temps opportun. Et nous pouvons nous attendre à réaliser des économies à long terme. De nombreux documents nous indiquent que, lorsque nous investissons bien notre argent en amont, grâce à une intervention précoce, nous faisons des économies en aval, du moins pour le groupe de clients concerné.

Exposé de Bill Orovan

En 1998, j'ai indiqué qu'il y avait une crise de confiance parmi ceux-là mêmes qui ont besoin du système de santé; un système de santé régi par la LCS, une loi dépassée. À ce moment, préconiser le changement et la modernisation de la LCS ne constituait pas une position particulièrement populaire. Aujourd'hui, cette position reçoit beaucoup plus d'appui.

Par exemple, il existe une urgente nécessité d'améliorer la couverture offerte pour les produits pharmaceutiques. On assiste à une hausse des dépenses pharmaceutiques de plus de 10 % par année depuis plus de 10 ans. Les médicaments requièrent désormais plus d'argent annuellement que les services offerts par les médecins. Et cela n'inclut pas les nouveautés provenant de la recherche génétique et protéomique, tel le test de dépistage génétique du cancer du sein, qui coûte 3 000 $ par patiente. Nous devons trouver une façon de financer ces coûts, et je ne crois pas que nous puissions le faire simplement en ayant une gestion optimale et en établissant des règles transparentes et des procédés plus efficaces.

La pratique fondée sur les résultats ne nous fournit pas un seuil en dessous duquel nous pouvons dire avec assurance que nous ne devrions pas fournir un service. Elle expose plutôt un continuum guidant la prise de décisions et, à un certain moment, des patients qui auraient pu recevoir un traitement n'en bénéficient pas. Dire que quelque chose qui n'est pas subventionné par l'État ne devrait être disponible pour quiconque va à l'encontre de la liberté de choisir. Nous devons mettre sur pied un régime qui donnerait à ces patients la possibilité d'obtenir un traitement.

En abordant le changement de la LCS, nous devons d'abord mettre de côté ce mythe selon lequel elle symbolise ce que signifie être Canadien et définit le pays. Nous ne pouvons appliquer ce type de caractère mythique à un programme social, puis prendre du recul et tenir un bon débat sur la façon dont nous pourrions y changer quelque chose.

En deuxième lieu, nous devons régler les questions entourant la prestation de services en mettant sur pied des conseils de qualité, en adoptant de meilleures règles et une pratique fondée sur les résultats, puis en créant des partenariats entre les secteurs privé et public, même si, jusqu'ici, ceux-ci ont posé des difficultés. Nous avons pu constater avec le projet de loi 11 en Alberta la grande inquiétude qu'engendre l'intégration de services privés, et ce, malgré la sécurité qu'apporte le financement public.

En troisième lieu, nous devons nous pencher sur le financement. Les rapports de M. Mazankowski et de M. Kirby, et même le rapport d'étape de M. Romanow, indiquent que nous devons élargir la base de financement. Il faut plus d'argent. Nous devons nous demander très sérieusement s'il est possible d'obtenir cet argent exclusivement du domaine public, ou s'il est nécessaire de chercher ailleurs. Je ne crois pas qu'il soit possible de régler les problèmes de fonctionnement du système de soins de santé subventionné par l'État simplement en améliorant la façon dont il est géré et en adoptant des processus plus efficaces et transparents.

Discussion entre les experts et le public

Il y avait un accord général au sein des participants sur le fait que le principal obstacle à l'élargissement du champ d'application de la LCS pour inclure des services autres que ceux

fournis par les médecins et dans les hôpitaux, était l'idée que les services inclus dans la LCS devaient être entièrement financés par l'État. On a considérablement appuyé le recours aux tickets modérateurs, du moins pour certains services, pourvu qu'ils soient imposés selon la capacité de payer des gens. « Si nous faisons appel au principe de la capacité de payer afin de soutenir les plus pauvres, nous pouvons sûrement déterminer quelques services qui seront partiellement payés directement par les prestataires ou par une assurance privée », a affirmé M[me] Janice McKinnon.

> ***« Si nous abordons l'introduction de nouveaux aspects et l'élargissement du champ d'application de la LCS pour qu'elle inclue les soins à domicile et une assurance-médicaments, et que nous tentons d'offrir une couverture complète, il faut écarter la possibilité d'un financement provenant d'une seule source. » (traduction libre) — Bill Orovan***

Bien que certains participants aient estimé que les déterminants de la santé non médicaux devraient aussi être abordés dans la LCS, il n'y a eu aucun consensus quant à l'évidence que les investissements en amont occasionneraient des économies en aval. « Après l'immunisation pendant l'enfance, la prévention de l'insuffisance de poids à la naissance par l'intermédiaire d'une bonne alimentation de la mère et de consultation, la lutte contre le tabagisme, les données représentant les sommes qui seraient épargnées grâce à la promotion de la santé commencent à sembler assez incertaines », a déclaré M. Orovan. D'autres ont indiqué qu'ils croyaient que la recherche soutenant une approche multisectorielle pour les problèmes comme l'inactivité physique était assez efficace.

Une partie du dilemme entourant l'élargissement du champ d'application de la LCS de manière à ce qu'elle reconnaisse les déterminants de la santé non médicaux résidait dans le fait que cela nécessiterait une collaboration interministérielle qui ne peut exister dans l'organisation actuelle du gouvernement. « Les règles régissant les déterminants de la santé doivent émaner d'une approche multisectorielle », a indiqué Rick Bell, de la Coalition pour la vie active. Toutefois, comme Monique Bégin l'a précisé, la manière dont le gouvernement est actuellement structuré ne favorise pas la collaboration entre les ministères, mais plutôt la compétition pour obtenir une plus grande part du gâteau. Et, comme l'a mentionné M. Labonté, directeur de la Population Health and Evaluation Research Unit de la Saskatchewan, les soins de santé ne constituent pas le seul secteur en crise en ce moment; les secteurs de l'éducation, de l'environnement et de la justice, entre autres, sont aussi à court. « L'une des causes de ces crises est la grande concurrence fiscale à laquelle nous assistons, entre les provinces et les pays, et qui sape notre capacité à enrichir notre assiette fiscale », a déclaré M. Labonté.

Certains participants se sont interrogés sur la façon dont d'autres pays étaient en mesure de financer un plus large éventail de services, de combiner les services privés et publics et d'utiliser des mécanismes tels que la participation aux coûts, et ce, plus facilement que le Canada. M^me^ Bégin a souligné que les différences historiques dans l'évolution des systèmes de santé constituaient un facteur important : « Le Canada est l'un des rares pays dans tout le monde industrialisé, si ce n'est le seul, à n'avoir jamais eu un système de soins de santé privé. Les pays européens ont tous eu des systèmes de santé privés à partir desquels des systèmes publics ont été mis sur pied, certains après Bismarck, d'autres, après la Seconde Guerre mondiale. Le Canada, à quelques exceptions près, avait des hôpitaux religieux et municipaux sans but lucratif. Nous avons suivi un cheminement différent. Lorsque le système a été élaboré ici, c'était un système public, et il n'y avait aucun système privé derrière ni en parallèle. Les soins à domicile et l'assurance-médicaments sont des soins pour lesquels il y a place à des contributions privées, puisque le secteur privé y joue déjà un rôle important ».

On a appuyé considérablement l'idée d'utiliser la LCS afin d'harmoniser les efforts des gouvernements provinciaux dans les domaines, tels que l'assurance-médicaments et les soins à domicile, et d'instaurer ainsi l'égalité d'accès à l'échelle du pays, sans nécessairement créer de nouveaux programmes nationaux.

> ***« Bon nombre de mes patients préféreraient voir leurs médicaments payés plutôt que de venir me consulter. Je crois que la LCS devrait être modifiée de manière à inclure pas nécessairement tous les services des médecins, mais au moins une certaine couverture des produits pharmaceutiques. » (traduction libre) — Stan Oleksum, médecin de famille***

Conclusion

La discussion sur la modernisation de la LCS a tourné principalement autour de l'élargissement de son champ d'application au-delà des services offerts par les médecins et dans les hôpitaux. On a considéré la gestion et le financement entièrement publics comme des obstacles nuisant à la possibilité de voir la LCS inclure d'autres services et prestateurs. Le désir d'entraîner des changements dans le système et de regagner la confiance de la population canadienne a également été mentionné comme une raison en faveur de la modification de la LCS.

M^me^ Bégin a recommandé la modification des principes de gestion publique et d'intégralité en vue d'étendre la couverture publique à des domaines qui, a-t-elle admis, ne seraient pas nécessairement entièrement assurés ni publics. M^me^ McKinnon a proposé de revoir les deux même principes, mais pour des raisons assez différentes. Elle a indiqué que l'envergure du portefeuille et du budget des soins de santé rendait la LCS difficile à façonner et menaçait d'autres objectifs de société importants.

La Commission des soins de santé proposée par l'Association médicale canadienne a servi de point de mire pour discuter d'un mécanisme visant à régler les conflits fédéraux-provinciaux. Les préoccupations se rapportant à la prise de décisions à huis clos, un processus qui, selon beaucoup de participants, définit le secteur des soins de santé des dix dernières années, ont été traduites par la revendication de mécanismes admettant la participation du public et d'experts au processus de prise de décisions à tous les niveaux. Bon nombre ont appuyé la dépolitisation de la gestion du système de soins de santé, mais on a reconnu que la santé demeurait un secteur de compétence provinciale et qu'une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux serait toujours requise.

Tous les participants ont soutenu l'élargissement du champ d'application de la LCS pour inclure les services autres que ceux qu'assurent les médecins et les hôpitaux et qui sont devenus essentiels dans le domaine de la santé. La plupart considéraient le financement public complet nécessaire en vertu de la LCS, puisqu'il est maintenant perçu comme un obstacle à son expansion. Les primes, les partenariats avec le secteur privé et les tickets modérateurs ont été suggérés comme moyens d'augmenter la base de financement en vue d'offrir un plus large éventail de services. Toutefois, il n'y a eu aucune indication précise quant aux modifications à apporter à la LCS pour qu'elle inclue à la fois des services financés entièrement et partiellement par l'État. Un certain appui a été manifesté à l'égard de l'intégration des déterminants de la santé non médicaux dans la LCS, mais un tel ajout nécessiterait une collaboration interministérielle qui semblait difficile à imaginer dans l'organisation gouvernementale actuelle.